

# UDS

## Mi Universidad

Nombre del Alumno : Rubí Yadelin Santiago Lanza

Nombre del trabajo: actividades aulicas

Parcial : 4

Nombre de la Materia : Biología del desarrollo

Nombre del profesor: Guillermo del solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura :Medicina humana

Semestre: 1. Grupo: A

---

Paciente femenina de 21 años de edad, sin antecedentes de importancia. Telarca y pubarca a los 13 años, menarca a los 14 años, ritmo menstrual de 30x4, con dismenorrea discreta, en cantidad normal. Inicio de vida sexual activa a los 20 años, número de parejas sexuales 1, sin uso de métodos anticonceptivos. Se encuentra cursando 1er embarazo, Fecha de último menstruación 12 semanas antes de su ingreso.

**Padecimiento actual.** La paciente acude al hospital por presentar hemorragia transvaginal de 3 días de evolución, en regular cantidad, que ha sido tratada con reposo, acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio, irradiado a región lumbosacra. Refiere expulsión de pequeñas vesículas con aspecto de uvas por vía vaginal. Al interrogatorio dirigido refiere que presenta desde hace 5 semanas hiperémesis gravídica, de contenido biliar, que le ha condicionado pérdida de peso de aproximadamente 8 kg. Además ha presentado hemorragia transvaginal, en 4 ocasiones, de escasa cantidad, sangre oscura, sin dolor, y que los cuadros previos de hemorragia han cedido espontáneamente.

**Exploración física.** La paciente se encuentra en mal estado general, caquética, palidez acentuada, presión arterial 90/50 mmHg, pulso débil, frecuencia cardíaca 110/min, Abdomen blando, doloroso, con fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical (corresponde a embarazo de 22 semanas de gestación). Al tacto vaginal se encuentra cérvix blando, entreabierto, hemorragia vaginal oscura en regular cantidad, con coágulos.

### **Estudios paraclínicos**

Ultrasonido obstétrico: Ovarios aumentados de tamaño, con múltiples quistes tecoluteínicos. Útero aumentado de tamaño, no se evidenció producto, imagen en “panal de abejas”.

Determinación sérica de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana  
546,494 mUI/ml

VALORES NORMALES DE hGC EN EL SUERO DURANTE EL EMBARAZO:

ž0 a 2 semanas 5 – 500

ž2 a 3 semanas 100 - 5 000

ž3 a 4 semanas 500 - 10 000

ž4 a 5 semanas 1 000 - 50 000

ž5 a 8 semanas 10 000 - 200 000

ž2 a 3 meses 10 000 - 100 00

### **Evolución**

La paciente presentó aumento de la contractilidad uterina y de la cantidad de pérdida sanguínea. Un nuevo examen ginecológico revela cuello uterino con canal permeable, palpándose material vesicular protruyendo a través de orificio cervical externo. Se decide evacuación uterina mediante aspiración, bajo control ecográfico y anestesia general. Se realizó estudio histopatológico que reporta degeneración

hidrópica de vellosidades coriales. Actualmente acude al hospital para seguimiento, realizándose determinaciones seriadas de hGC.

### **1.- ¿Por qué la paciente presenta hiperémesis gravídica?**

La hiperemesis gravídica que presenta esta paciente puede explicarse por los niveles extremadamente elevados de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en su organismo. Esta hormona es producida por el tejido trofoblástico del embarazo, y en este caso, la paciente tiene una mola hidatiforme, una condición en la que el tejido trofoblástico prolifera de manera anormal.

### **2.- ¿Por qué están elevados los niveles de hormona gonadotropina coriónica?**

Los niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en esta paciente se deben a la presencia de una mola hidatiforme. Este trastorno es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional, caracterizado por la proliferación anormal del tejido trofoblástico que debería formar la placenta.

### **3.- ¿Qué tejido constituye las vesículas expulsadas por la paciente?**

Las vesículas expulsadas por la paciente están constituidas por vellosidades coriónicas hidrópicas, que son un tejido anómalo característico de la mola hidatiforme.

### **4.- Describa el aspecto macroscópico de las vellosidades coriales normales y compárelo con el material aspirado a la paciente**

Las vellosidades coriónicas normales tienen un aspecto uniforme, son pequeñas y delicadas, con una textura esponjosa y suave. Su color es translúcido o ligeramente blanquecino, y su desarrollo es organizado, formando parte de una placenta funcional. En contraste, las vellosidades hidrópicas aspiradas en esta paciente son estructuras engrosadas y de tamaño variable, con forma vesicular similar a un racimo de uvas. Su textura es gelatinosa y translúcida debido a la acumulación de líquido, y su color puede ser translúcido o amarillento. Estas vellosidades presentan un desarrollo desorganizado y no cumplen con la función placentaria normal.

### **5.- Observe un corte histológico de vellosidades coriales normales del primer trimestre y compárelo con el de la paciente.**

Las vellosidades coriónicas normales del primer trimestre en un corte histológico muestran una estructura organizada y funcional. Están rodeadas por dos capas celulares bien definidas: una capa interna de citotrofoblasto, compuesta por células mononucleares cúbicas que se dividen activamente, y una capa externa de sincitiotrofoblasto, que es multinucleada y participa en el intercambio de nutrientes y producción hormonal. El estroma central de las vellosidades es de aspecto laxo, con fibroblastos y capilares pequeños en desarrollo. No hay evidencia de edema ni proliferación excesiva.

### **6.- ¿Por qué la altura del fondo uterino es mayor a la normal?**

La altura del fondo uterino es mayor a la normal en esta paciente debido al crecimiento anómalo del tejido trofoblástico y a la degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas, características de la mola hidatiforme. En lugar de un embrión o feto en desarrollo, el útero contiene múltiples vesículas llenas de líquido que ocupan un volumen considerable.

**7.- ¿A qué se debe la imagen en panal de abejas que se observa en el ultrasonido?**

La imagen en "panal de abejas" observada en el ultrasonido se debe a la degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas y a la proliferación anormal del tejido trofoblástico, características de la mola hidatiforme.

**8.- La paciente está embarazada pero no tiene producto. ¿Cómo se lo explicaría?**

Para explicarle a la paciente que está embarazada pero no tiene un producto viable, se podría utilizar un enfoque claro y empático, destacando que, aunque su cuerpo ha iniciado un proceso que normalmente llevaría al desarrollo de un bebé, en su caso no se ha formado un embrión viable. Podría decirse lo siguiente:

"Estás embarazada en el sentido de que tu cuerpo ha comenzado el proceso de gestación, pero, en lugar de un embrión que crezca de manera normal, lo que ha ocurrido es que se ha formado un tipo de tejido anómalo llamado mola hidatiforme. Este tejido se parece a lo que sería la placenta, pero no contiene un bebé en desarrollo. En lugar de un embrión viable, el tejido trofoblástico que debería formar la placenta ha crecido de manera descontrolada, produciendo lo que llamamos vellosidades coriónicas hidrópicas, que se acumulan en forma de vesículas, como una especie de racimo de uvas.

Este crecimiento anómalo hace que tu útero se agrande como si estuvieras embarazada, pero en realidad no hay un feto. La razón por la que has tenido hemorragias y otros síntomas es por la forma en que el cuerpo está respondiendo a este tejido anormal.

Es importante que sigamos el tratamiento adecuado, que en tu caso incluye una evacuación uterina, para que tu salud se recupere completamente y podamos prevenir cualquier complicación futura."

**9.- ¿Por qué es importante realizar un seguimiento a la paciente?**

Es fundamental realizar un seguimiento a la paciente después del tratamiento de la mola hidatiforme por varias razones que tienen que ver con su salud general y la prevención de complicaciones futuras.

**10.- ¿Cuál es el origen de esta patología?**

El origen de la mola hidatiforme se debe a una alteración en la fecundación, en la cual el desarrollo del embarazo no progresa de manera normal. Esta patología es una forma de enfermedad trofoblástica gestacional y tiene un origen en el tejido trofoblástico (el tejido que normalmente forma la placenta), que se desarrolla de manera anómala.